

Sehr geehrte Patientinnen und Patienten, für unsere Kartei bitten wir Sie regelmäßig um  
Beantwortung folgender Fragen:

**Name, Vorname:** ..... **geb. am:** .....

**Adresse:** .....

**Tel.Nr. Privat:** ..... **dienstl.:** .....

**Welche Berufsausbildung haben Sie?**  
.....

**Welchen Beruf/Tätigkeit üben Sie derzeit aus?**  
.....

**Familienstand**

ledig       verheiratet     geschieden     verwitwet     Lebensgemeinschaft

Welche Kinderkrankheiten hatten Sie?

Masern       Mumps       Röteln       Windpocken

**Hatten Sie Operationen?**     ja                       nein

Wenn ja, welche und wann?  
.....

**Hatten Sie Unfälle?**             ja                       nein

Wenn ja, welche und wann?  
.....

**Haben oder hatten Sie eine oder mehrere der folgenden Erkrankungen/Infektionen?**

Diabetes                       Bluthochdruck                       Schlaganfall                       Herzinfarkt

Asthma/COPD                       Thrombose                       Krebserkrankungen                       HIV

Lebererkrankungen                       Nierenerkrankungen                       Bluterkrankungen                       Hepatitis

Blutneigung                       Krampfanfälle                       Gemütskrankheiten

sonstige .....

**Wie viele Schwangerschaften/Entbindungen hatten Sie?**  
.....

**Traten in ihrer Verwandtschaft folgende Erkrankungen auf?**

Diabetes                       Bluthochdruck                       Schlaganfall                       Herzinfarkt

Thrombose                       Krebserkrankungen                       Krampfanfälle                       Allergien

sonstige .....

**Bitte wenden Sie das Blatt**

**Rauchen Sie?**  nein  ja, wie viel pro Tag? .....  Ex-Raucher/In seit: .....

**Trinken Sie Alkohol?**  nein  ja  
Wenn ja, Welchen Alkohol? ..... Wieviel pro Woche? .....

**Nehmen Sie Medikamente ein?**  nein  ja  
Wenn ja, welche?  
.....  
.....  
.....

**Haben Sie Allergien?**  nein  ja  
Wenn ja, welche?  
.....

**Haben Sie Kontakt zu Tieren?**  ja  nein  
Wenn ja, zu welchen?  
.....

**Treiben Sie Sport?**  ja  nein  
Wenn ja, welchen?  
.....

**Haben Sie einen Impfausweis?**  ja  nein

**Haben Sie eine Patientenverfügung?**  ja: aus dem Jahre .....  nein  
 ich habe Interesse an einer Patientenverfügung

**Welche Fachärzte besuchen Sie regelmäßig?**

- |          |          |
|----------|----------|
| 1) ..... | 2) ..... |
| 3) ..... | 4) ..... |
| 5) ..... | 6) ..... |

**Welche(n) Angehörige(n) dürfen wir im Notfall informieren?**

.....  
Telefonnummer? .....

Datum:

Unterschrift: